# Beitrag zur Frage der Polycythaemia rubra

Auszug

aus der

**Inaugural-Dissertation**

zur Erlangung der

**Medizinischen Doktorwürde**

an der

**Friedrich-Wilhelms-Universität**

**zu Berlin.**

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

Von

**Oscar Deubner**

aus Riga

Assistenzarzt am Königin Elisabeth-Hospital zu Berlin-Oberschöneweide

Tag der Promotion: 11. März 1921

Emil Ebering, Berlin NW. 7, Mittelstraße 29.

459

Gedruckt mit Genehmigung
der
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin
Dekan Prof. Dr. **Rubner**
Referent: Prof Dr. **His**

---

Es handelt sich um einen Fall von Polycythaemia rubra bei einem 49 Jahre alten Mann. Außer den schon seit längerer Zeit bestehenden nervösen Symptomen (Kopfschmerzen, Schwindelanfälle, Paraesthesien in Händen und Füßen, Anfälle von Flimmermigräne) hat unser Patient vornehmlich über Magenbeschwerden (Säureschmerzen) zu klagen. Objektiv finden wir alle typischen Symptome wieder: Dunkel- bis bläulichrote Gesichtsfarbe, eine ebensolche Verfärbung der Schleimhäute, Milztumor, mäßig erhöhter Blutdruck, 95/147 RR., und den charakteristischen Blutbefund: Zu Beginn der Behandlung 12 Millionen Erythrocyten, 120 % Hämoglobin, im Blutausstrich geringe Anisocytose und Poikilocytose, 1 Normablast. Das Verhalten der weißen Blutkörperchen zeigt bis auf eine leichte Vermehrung (bis 77 %) der neutrophilen Zellen keine Abweichung von der Norm. Besonders hervorzuheben in diesem Falle ist das auffällige Verhalten der Magensekretion. Es besteht eine Hyperacidität: L 54, A 94.

Es folgt an Hand der Literatur eine genaue Besprechung der 3 großen Gruppen der idiopathischen Polycythaemie:

1. die Polycythaemie mit Cyanose und Megalosplenie ohne erhöhten Blutdruck: Die Vaquez'sche Erkrankung;
2. die Polycythaemie mit Blutdrucksteigerung ohne Milzvergrößerung: Die Geisböck'sche Krankheit und
3. die Polycythaemie mit Milztumor und Urobilin-Icterus,

wobei auf die Symptomatologie, die pathologische Anatomie, die Pathogenese, Verlauf und Prognose, sowie die Therapie näher eingegangen wird.

Bezüglich der Pathogenese läßt sich nur sagen, daß diejenige Theorie die meisten Anhänger aht, welche eine primäre

Knochenmarkserkrankung der Entstehung der Polycythaemie zugrunde legt. Die eigentlichen Ursachen, welche zu einer vermehrten Tätigkeit des Knochenmarks führen, sind noch nicht bekannt und man ist vorläufig nur auf Hypothesen angewiesen.

Entgegen der früher angewendeten Therapie (Chinin, Arsen Aderlässe und Jodkali) steht heute die Röntgenbehandlung an erster Stelle. Es werden 2 Verfahren geübt: Die isolierte Milzbestrahlung und die Bestrahlung der Knochen, insbesondere der Röhrenknochen. Mit der Bestrahlung der Röhrenknochen sind bereits an Heilung grenzende Erfolge erzielt worden. Bei unserem Patienten, der schon im Frühsommer 1919 sich in Behandlung begeben hat, ist die Milzbestrahlung mit gutem Erfolg angewendet worden.

Seit dem Mai 1919 ist Patient wiederholt bestrahlt worden. Am nachhaltigsten hat der erste Bestrahlungsturnus gewirkt, nach welchem eine Abnahme der Erythrocytenzahl um über 2½ Millionen und des Hämoglobingehaltes um 10% verzeichnet werden konnten. Die nächstfolgenden bewirkten jedoch keine nennenswerte Blutveränderung. Die Erythrocytenzahl hielt sich dauernd um etwa 7,4 Millionen, der Hämoglobingehalt um etwa 115—120%, der Färbeindex war immer kleiner als 1.

Da jedoch das subjektive Befinden sich erheblich gebessert hatte, wurde fürs erste von einer Fortsetzung der Bestrahlung Abstand genommen. Es zeigte sich aber, daß nach 9 monatigem Aussetzen Erythrocytenzahl und Hämoglobingehalt wieder zunahmen; äußerlich trat dieses durch die wieder intensiver gewordene blaurötliche Gesichtsfärbung hervor. Die nächsten Bestrahlungen bewirkten dann wieder eine Besserung. Die weißen Blutkörperchen haben während der ganzen Dauer der Bestrahlung eine nennenswerte Beeinflussung nicht erfahren. Ein dauernder Erfolg konnte jedoch mit der Milzbestrahlung nicht erreicht werden. Von nun ab wird bei dem Patienten die Knochenbestrahlung vorgenommen.

Vom 10. 1. bis 25. 1. 1921 bekam Patient im ganzen 6 Bestrahlungen, jedesmal 1 Hauteinheitsdosis) auf die Beuge- und Streckseite beider Oberschenkel.

Blutbefund am 16. 2. 1921 im wesentlichen wie früher. Milz unverändert, subjektives Befinden gut.

Es sollen weitere Knochenbestrahlungen vorgenommen werden.

Der Fall zeigt, daß nervöse Symptome und Symptome vonseiten der Verdauungsorgane die Diagnose verdunkeln können; ist aber erst an die Möglichkeit einer Polycythaemia rubra gedacht worden, so macht die Diagnostik keine Schwierigkeiten.

Die für Ulcus sprechenden gastrischen Symptome können einerseits einfach durch eine pralle Füllung der Kapillaren mit körperchenreichem Blut hervorgerufen worden sein und so ein Ulcus vortäuschen, andererseits kann aber auch ein echtes Ulcus der Schleimhaut vorliegen. Trifft letzteres zu, so würde das ein interessantes Streiflicht auf die ätiologischen Zusammenhänge zwischen lokal gestörter Blutzirkulation und dem Ulcus ventriculi werfen.

---

## Lebenslauf.

Ich wurde am 29. 1. 1889 als Sohn des 1919 verstorbenen Dr. med. Carl Deubner und seiner Frau Helene geb. Seeck in Riga geboren und bin evangelischer Konfession. Ich besuchte das Stadtgymnasium zu Riga, woselbst ich im Juni 1907 das Zeugnis der Reife erhielt. An der Universität Dorpat habe ich 10 Semester Medizin studiert und im Jahre 1911 die ärztliche Vorprüfung abgelegt. Im Herbst 1914 wurde ich als russischer Staatsangehöriger in Deutschland interniert, im Frühjahr 1918 aus der Gefangenschaft entlassen und war dann bis zum Mai 1919 in der Stelle eines Assistenzarztes am Königin-Elisabeth-Hospital in Berlin-Oberschöneweide tätig. Seit 1919 bin ich preußischer Staatsangehöriger. Ich studierte noch 2 Semester an der Friedrich-Wilhelms-Universität in Berlin, bestand im Juni 1920 die ärztliche Prüfung und erhielt sogleich die Approbation als Arzt. Seit dem Januar 1921 bin ich als Assistenzarzt am Königin-Elisabeth-Hospital angestellt.